

# RUMO A UMA PRESTAÇÃO DE CONTAS TRANSFORMADORA: UMA PROPOSTA DE ENFOQUE COM BASE NOS DIREITOS HUMANOS PARA DAR CUMPRIMENTO ÀS OBRIGAÇÕES RELACIONADAS À SAÚDE MATERNA<sup>1</sup>

Alicia Ely Yamin

## 1 Introdução

A grande maioria das mulheres que morrem em decorrência de complicações ligadas à maternidade teve sua vida marcada pela pobreza, por privações e discriminações. Desde o nascimento, essas meninas e mulheres deparam-se com um funil que estreita suas possibilidades de escolha e lhes impossibilita o exercício efetivo do direito de decidir sobre o que farão de suas vidas, o quanto serão educadas, com quem irão partilhar suas vidas, quando farão sexo, se usarão contraceptivos, sobre as condições do atendimento médico que receberão durante a gravidez e o parto. Adotando-se a abordagem de direitos nas demandas relacionadas à saúde feminina, abrem-se espaços para que a mulher exercite seu direito de escolha e subverta as relações sociais- e de poder- que lhes negam sua plena humanidade (YAMIN, 2008). Em relação à morbidade e à mortalidade maternas (MMM) em particular<sup>2</sup>, uma abordagem baseada em direitos exige que se desafie a discriminação estrutural sofrida pelas mulheres nos sistemas de saúde e em outras esferas da vida pública e privada.

À medida que se torna mais evidente que o progresso efetivo do Objetivo de Desenvolvimento do Milênio (ODM) 5, no que se refere à saúde materna, exige mais do que investimentos tecnocráticos, a perspectiva de direitos ganha destaque no tema da mortalidade materna. Em Junho de 2009, o Conselho de Direitos Humanos das Nações Unidas (CDH) promulgou uma resolução histórica que explicitamente reconheceu a prevenção da mortalidade materna como uma questão de direitos humanos e assinalou o importante papel a ser desempenhado por comitês de monitoramento previstos em tratados internacionais e por procedimentos

---

*Ver as notas deste texto a partir da página 126.*

especiais referentes a essa matéria (NAÇÕES UNIDAS, 2009a). O Conselho de Direitos Humanos está atualmente em vias de adotar uma resolução, baseada nas recomendações de um estudo realizado pelo Escritório do Alto Comissariado de Direitos Humanos das Nações Unidas (EACDH), que destaca as interconexões entre direitos humanos e prevenção da morbidade e da mortalidade maternas (MMM) (NAÇÕES UNIDAS, 2010a).

Todas as iniciativas que adotam a perspectiva de direitos na prevenção da mortalidade materna destacam a importância da *accountability*, embora essa ênfase ainda seja insuficiente no âmbito dos ODMs (NAÇÕES UNIDAS, 2010b, para. 116). Por exemplo, uma publicação do Alto Comissariado de Direitos Humanos acerca dos resultados gerais dos ODMs, intitulado *Buscando os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio: Uma Abordagem de Direitos Humanos*, define a *accountability* como “a *raison d’être* da adoção da perspectiva de direitos” (LANGFORD, 2008, p. 15). O Relator Especial das Nações Unidas sobre direito à saúde, por sua vez, também sublinhou a importância da *accountability* (NAÇÕES UNIDAS, 2006a). Além disso, as organizações não-governamentais (ONGs) têm destacado a relevância da promoção efetiva da *accountability* (IMMHR, 2010, p. 3; HUMAN RIGHTS WATCH, 2009; CRR, 2009).

A *accountability*, numa abordagem de direitos humanos da saúde materna, relaciona-se ao dever de “respeitar, proteger e garantir” uma ampla gama de direitos políticos, bem como de direitos sociais e econômicos, ultrapassando as fronteiras do setor de saúde<sup>3</sup> (NAÇÕES UNIDAS, 2000). A mortalidade materna não está apenas fundamentalmente ligada aos status econômico e social da mulher na sociedade, mas está também relacionada à desigualdade de gênero e a violações aos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres, que constituem graves injustiças mesmo quando não estão diretamente relacionadas à morbidade ou à mortalidade das mulheres (ICPD, 1994; NAÇÕES UNIDAS, 1999).

A definição das linhas gerais de uma *accountability* com ênfase em direitos referente à mortalidade materna requer a análise dos múltiplos deveres correlatos ao direito à saúde da mulher. O objeto deste artigo, porém, restringe-se ao dever de promover a *accountability* para garantir - para dar passos pró-ativos rumo à progressiva implementação dos direitos das mulheres à saúde materna, convertendo o discurso de direitos em políticas práticas de saúde e identificando as ferramentas úteis para práticas de desenvolvimento - e transformar os sistema de saúde a fim de melhor atender às necessidades das mulheres. Revisitar o modo como entendemos a *accountability* no contexto da garantia dos direitos à saúde materna é especialmente urgente devido às oportunidades apresentadas na elaboração da futura Revisão dos ODMs em 2010, às deliberações em andamento no Alto Comissariado de Direitos Humanos, e ao fato de os esforços no sentido de incluir uma robusta dimensão de direitos humanos na agenda pós-2015 ainda ser incipiente.

O artigo inicia apresentando brevemente o conceito e o propósito da *accountability* no contexto da garantia dos direitos das mulheres à saúde, sugerindo que a efetiva *accountability* nessa área exige a substituição do modelo tradicional dos direitos humanos, que privilegia a punição individual dos perpetradores, para focar em fatores institucionais e sistêmicos. Em seguida, estabelece um circuito de *accountability* em

nível nacional que inclui o desenvolvimento e a implementação de um plano nacional de ação; de análises orçamentárias; de monitoramento e avaliação de programas baseados em indicadores apropriados, e mecanismos para eventuais retificações do plano. Finalmente, o artigo discute a necessidade de melhorias estruturais. Ao longo do artigo, argumento que a *accountability* está intimamente ligada à participação popular efetiva, e no último item, explico aspectos da *accountability* relacionados à “cooperação e assistência internacionais”, o que requer doadores que recusem determinadas políticas e que contribuam com recursos significativos.

## 2 *Accountability* no contexto da garantia do direito à saúde: Além das sanções individuais

O conceito de *accountability* refere-se, de modo geral, à imputação de responsabilidade pelo padrão de conduta e comportamento dos atores sociais. No âmbito dos Direitos Humanos, esses padrões são derivados das chamadas fontes de direito *hard* e *soft*,\* incluindo normas de tratados internacionais vinculantes, declaração de órgãos internacionais “quasi-judiciais”, bem como tratados de organizações internacionais, declarações do Relator Especial das Nações Unidas sobre o Direito ao Maior Padrão Alcançável de Saúde, e declarações de conferências internacionais e programas de ação. Esses padrões de comportamento são também regidos pelo arcabouço constitucional doméstico, além de ter por referência legislações e regulamentos.

No entanto, a efetivação da *accountability* exige mais do que promulgar normas em abstrato e criar mecanismos de implementação, uma vez que requer também a divulgação dos padrões legais aplicáveis a agentes que atuam em diferentes níveis, desde funcionários do serviço de saúde até as autoridades políticas. Além disso, deve também contribuir para que esses atores assumam as consequências de seus papéis e responsabilidades (NAÇÕES UNIDAS, 2006b; GEORGE et al, 2010).

No âmbito dos direitos humanos, a *accountability* combina elementos de receptividade, imputabilidade e reparação. Por ser relacional por definição, a *accountability* requer que se identifique “a quem” se refere e, por isso, está intimamente ligada à efetiva participação da população que se beneficia de políticas e programas de saúde (POTTS, 2008, p.7). No contexto das reformas no sistema de saúde que visem o devido atendimento das necessidades de maternas, a *accountability* abarca dimensões financeiras, administrativas, regulatórias, políticas e institucionais, além de recursos jurídicos (NAÇÕES UNIDAS, 2006b). Conforme declara o Relatório de 2010 da Anistia Internacional, a *accountability* “permite-nos olhar para trás e para adiante” (ANISTIA INTERNACIONAL, 2010, p. 10). Uma efetiva estruturação da *accountability* serve como base para promover mudanças sistêmicas e institucionais que criam as condições sob as quais as mulheres podem usufruir seus direitos à saúde, ao invés de servir apenas para a punição de desvios de comportamentos.

---

\*As expressões “soft law” e “hard law” não costumam ser traduzidas para o português. A primeira designa normas sem efeito vinculante que emergem de negociações internacionais; enquanto a segunda, refere-se às fontes de direito vinculantes, tais como os tratados e costumes internacionais. N.T.

De fato, o modelo tradicional da *advocacy*\* em direitos humanos, que procura identificar a violação, o autor e a punição, está precariamente adaptado ao avanço da *accountability* comprometida com a melhora da saúde materna. Isso é verdade por razões tanto teóricas quanto práticas. Na prática, muitos sistemas de saúde nos quais os pacientes são vítimas de abusos prevêem sanções rigorosas aos profissionais de saúde que atuam na linha de frente. Por exemplo, é uma rotina em muitos países a demissão sumária de profissionais de saúde em razão de morte materna, sem que haja qualquer procedimento para discernir se esses profissionais foram de fato responsáveis pelas mortes. Embora a intenção declarada dessas políticas seja a de promover *accountability* e qualidade no atendimento obstétrico, elas produzem o efeito contrário, à medida que criam incentivos perversos para que os profissionais de saúde e as instituições evitem lidar com emergências obstétricas.

No entanto, deslocar o foco da punição individual não implica uma licença para a impunidade. Conforme escreve Lynn Freedman (FREEDMAN, 2003, p. 112), “evidentemente, a punição individual (e a ciência de que certos padrões profissionais serão cobrados) tem um lugar apropriado em um sistema de *accountability* construtiva. O ponto mais importante, porém, é o de que a sanção individual não deve funcionar para colocar os médicos na posição de bodes expiatórios, encobrendo problemas mais amplos e profundos”. Quando um profissional de saúde não pode fazer nada para salvar uma mulher, colocar a culpa nele apenas desencoraja seu comprometimento com seu ofício, além de desviar a atenção dos problemas sistêmicos que concorreram para a morte da mulher, entre os quais é possível mencionar problemas no transporte de pacientes, nos estoques e nos remédios.

Conforme argumenta Leslie London (2008, p. 72), “os profissionais de saúde que atuam na linha de frente muitas vezes não dispõem das condições necessárias para prover os cuidados adequados aos pacientes em razão de fatores sistêmicos que estão fora de seu controle e também devido a sistemas de administração centralizadores que lhes deixa sem poder suficiente para agirem efetiva e independentemente”. A avaliação da conduta individual dos profissionais de saúde divorciada de seu contexto, conforme escreve London (LONDON, 2008, p. 73), “freqüentemente leva a poucos progressos e confere má reputação à *accountability*”.

Algumas auditorias sobre morte materna que apuraram falecimentos visaram à promoção da *accountability* baseada em direitos, ou seja, com o objetivo de identificar falhas sistêmicas, institucionais e individuais (HUNT, 2008; OMS, 2004). Essas investigações são realizadas de incontáveis maneiras e, por isso, são difíceis de serem generalizadas. Contudo, conforme a *Human Rights Watch* assinala em seu relatório sobre a Índia, essas investigações costumam ser realizadas no âmbito de sistemas de *accountability* abrangentes, confidenciais, de acordo com o devido processo legal, além de não se restringirem à dimensão estrutural do sistema de saúde. (HUMAN RIGHTS WATCH, 2009). Se essas condições não estiverem presentes, há um sério

---

\*O termo *advocacy* refere-se ao engajamento de pessoas ou de grupos em campanhas, pesquisas, em ações judiciais e lobbies com a finalidade de influenciar políticas públicas e alocação de recursos nas instituições e sistemas econômicos, políticos e sociais. O termo em português cujo significado melhor se aproxima do sentido de “advocacy” é “militância”. N. T.

risco de os profissionais de saúde, que são os principais aliados na melhoria do sistema de saúde, rejeitarem a *accountability* baseada em direitos humanos. Além dessas investigações, é preciso também utilizar continuamente indicadores que meçam o acesso e a disponibilidade do atendimento de emergência obstétrica.

O modelo de identificar a violação de direitos humanos, seu autor e o remédio jurídico correspondente é, como foi dito, inadequado também do ponto de vista teórico. Isto porque, assume implicitamente que a violação de direitos rompe um equilíbrio que é restaurado depois da punição do réu e a reparação da vítima. Esse paradigma foi desenvolvido para lidar com delitos civis, como abusos sofridos sob custódia policial, casos em que os militantes de direitos humanos assumiram (em geral, incorretamente) que a denúncia e a exposição do crime pudessem levar à punição dos violadores e à inibição de injustiças futuras. Mas, se essa costuma ser uma pressuposição inválida até nos casos de abusos de direitos civis, é ainda menos proveitosa quando aplicada à promoção da *accountability* no âmbito da saúde materna.

Em contextos de alta mortalidade materna, somos confrontados com sistemas de saúde disfuncionais, nos quais as mortes não devem ser atribuídas nem à negligência, nem tampouco à falta de manutenção das instalações físicas, mas sim à falta de sangue disponível, estoques, transporte, comunicações e outros fatores que em conjunto, demandam mudanças sistêmicas. Portanto, mecanismos de reparação por meio de reclamações trabalhistas tendem a ser ineficazes e a alimentar ainda mais o descontentamento da população com os sistemas de saúde.

Conforme assinala o Relatório da Anistia Internacional de 2010, a redução efetiva da mortalidade materna é um dos principais objetivos da *accountability*. Mas para que esse objetivo seja alcançado não basta que seja restaurado o “equilíbrio anterior”, são necessárias mudanças nas causas que agravam os índices de mortalidade materna. Por fim, serão discutidas maneiras concretas para a promoção dessas mudanças.

### 3 O círculo da *accountability*

Uma *accountability* abrangente, que atenda ao direito à saúde materna em nível nacional, deve estar na base das formulações de políticas e programas relacionados à mortalidade materna, de sua implementação e avaliação, e da definição dos remédios jurídicos aplicáveis às violações desses direitos. Nesta seção, serão expostos importantes elementos da *accountability* a serem promovidos em cada um desses estágios. Embora o foco esteja nas medidas a serem adotadas em nível nacional, sugere-se a adoção de medidas estruturais simples e eficientes no fortalecimento da atuação de profissionais de saúde e dos membros da comunidade, além de contribuir para identificar obstáculos e soluções para a melhora dos serviços de saúde e promoção da “*accountability* construtiva”.

#### 3.1 Plano Nacional de Ação: A importância da justificação e da participação públicas na *accountability* baseada em direitos

Embora o direito à saúde esteja sujeito à realização progressiva e não possa ser implementado de um dia para o outro, os Estados-partes de tratados relevantes assumem algumas obrigações imediatamente, incluindo o desenvolvimento de

uma estratégia nacional e de um plano de ação referentes a seus projetos na área da saúde pública (NAÇÕES UNIDAS, 2000, para 43). O Comitê de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais das Nações Unidas considera que a criação de uma estratégia nacional e de um plano de ação relativos à saúde pública como o núcleo das obrigações que todos os Estados assumem enquanto partes do PIDESC (NAÇÕES UNIDAS, 2000, para. 43). A devida atenção à saúde materna e reprodutiva deve ser uma obrigação prioritária, por isso todos os Estados devem ter um plano de ação que situe a saúde materna em posição de destaque (NAÇÕES UNIDAS, 2000, para. 44).

Todos esses planos de ação devem estar baseados em uma robusta análise de conjuntura relativa à saúde reprodutiva e materna no país, bem como no estudo sobre os tipos de providência necessários para prevenir a morbidade e a mortalidade maternas (NAÇÕES UNIDAS, 2000, para 43f). Os quatro pilares da redução da mortalidade materna são atualmente bastante conhecidos: atendimentos obstétricos habilitados, acesso à emergência obstétrica, e uma rede eficiente, além de planejamento familiar (FREEDMAN et al, 2007). As medidas “apropriadas” devem ser compatíveis com o direito internacional, ainda que os programas e as medidas legislativas variem segundo o contexto, por deverem estar baseados em análises situacionais. Ao se alinhar com o direito internacional, um plano de ação nacional deve também incluir uma ampla gama de serviços relacionados à saúde sexual e reprodutiva, que objetivem dotar as mulheres de poder de ação em questões referentes a seus próprios corpos e, conseqüentemente, às suas vidas (PIDCP, 1994, para. 7.2; NAÇÕES UNIDAS, 2000, para. 20-21; NAÇÕES UNIDAS, 1999).

De acordo com o Direito Internacional, o processo de elaborar um plano nacional deve ser transparente e participativo, e sua implementação deve estar sujeita a avaliações periódicas, que também devem ser públicas (NAÇÕES UNIDAS, 2000, para. 43 f). Nessa perspectiva, a saúde materna deixa de ser assumida como caridade governamental, uma vez que supõe as mulheres como sujeitos de direito e agentes na definição de programas e políticas públicas que estruturam seu bem-estar. Mas para isso a participação não deve se restringir a uma consulta popular, devendo estar diretamente vinculada às decisões políticas tomadas pelo governo (decisões que muitas vezes são tomadas em conjunto com doadores e instituições multilaterais). Por exemplo, o direito de participação não equivale ao acesso à informação sobre os recursos e estruturas considerados apropriados ao trabalho de parto tradicional, mas envolve também o poder de influenciar decisões sobre quais são os tratamentos mais apropriados.

Justificar e subordinar ao escrutínio público decisões políticas sobre direitos subjetivos, inclusive sobre o direito das mulheres à saúde materna, é fundamental para a *accountability*, uma vez que inibe políticas manifestamente arbitrárias. Muitas questões que emergem de análises conjunturais ou de projetos de plano nacionais, porém, não são de natureza técnica, mas sim moral, envolvendo profundos julgamentos de valores. Por exemplo, os direitos humanos prescrevem a não-discriminação e o Comentário Geral 14 determina que o plano nacional de ação deva “dar particular atenção aos grupos vulneráveis e marginalizados” (NAÇÕES UNIDAS, 2000, para. 43f). No entanto, essas regras não resolvem

dilemas como o de alocar recursos em áreas remotas e carentes ou em periferias urbanas densamente povoadas e empobrecidas.

Em programas de desenvolvimento e de saúde pública utilitaristas, essas decisões costumam ser tomadas por especialistas com base em cálculos de custo-benefício. No entanto, em um paradigma de direitos humanos, decisões e planejamentos orçamentários sobre essas temáticas devem estar subordinados à deliberação pública.

O eticista Rawlsiano, Norman Daniels, elabora sua concepção de “*accountability* para a razoabilidade” com o objetivo de definir critérios justos para estabelecer prioridades na área de saúde (DANIELS, 2008). Segundo o autor, a confluência entre os direitos humanos e “*accountability* razoável” requer que o processo de definição de prioridades atenda às seguintes condições: 1) justificação pública; 2) relacionamento com a redução da mortalidade e a promoção da saúde materna; 3) obrigatoriedade; e 4) garantia do direito de ação em determinados casos, como o de evidente negligência de populações minoritárias (DANIELS, 2008; GRUSKIN; DANIELS, 2008).

### 3.2 *Análise orçamentária: Despesas e alocação de recursos como elementos fundamentais da accountability*

Os Planos de ação podem ser legitimados com base em princípios jurídicos, mas a devida garantia do direito à saúde materna envolve não apenas direitos, mas também despesas. Por isso, os orçamentos funcionam como um importante indicador do grau de prioridade que um governo efetivamente atribui à saúde materna (KGAMPHE; MAHONY, 2004). Exigir transparência e *accountability* nos orçamentos é, portanto, indispensável para tornar os sistemas de saúde aptos a atenderem às necessidades das mulheres.

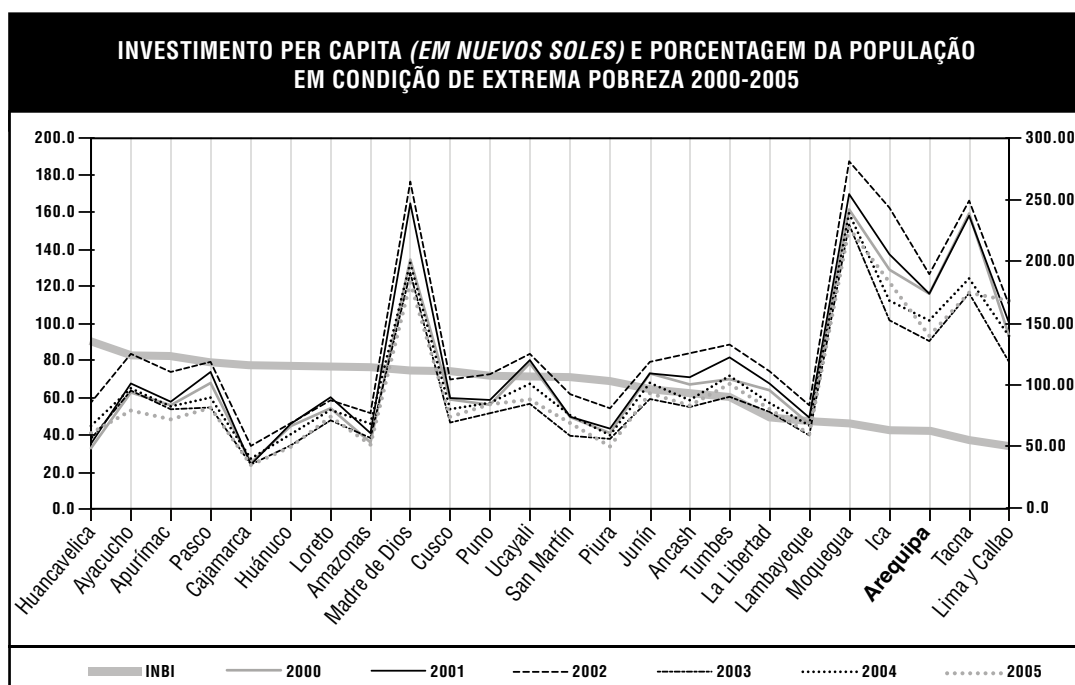
Um exemplo inovador da *advocacy* internacional em defesa da *accountability* orçamentária é a “Campanha da Questão 6” que, através da Parceria Internacional sobre Orçamento, envolveu a sociedade civil de 85 países na avaliação do comprometimento de seus respectivos governos com o ODM 5, entre outras questões. Duas entre as seis questões abordadas na campanha relacionam-se à saúde materna, mais precisamente às despesas com sulfato de magnésio, uterotônicos e com o treinamento de parteiras (INTERNATIONAL BUDGET PARTNERSHIP, 2010). Os resultados da campanha serão publicados antes da reunião da Cúpula dos ODMs em 2010. A publicação provavelmente explicitará a disposição dos governos em prestar informações a respeito da saúde materna, bem como revelará o investimento que os governos destinam a esse setor.

Em alguns casos, a discussão orçamentária concentra-se em avaliar se o Estado está investindo “o máximo de recursos disponíveis” no direito à saúde, especialmente na prevenção da mortalidade materna, cumprindo as exigências do direito internacional dos direitos humanos. A “Iniciativa Internacional relativa à Saúde Materna e aos Direitos Humanos” (IMMHR), em seu relatório intitulado *O elo perdido: orçamento como uma ferramenta para tornar os governos responsáveis pelos compromissos assumidos em relação à mortalidade materna*, menciona exemplos como

México, a Tanzânia e a Índia para ilustrar a relação entre resultados insatisfatórios na redução da mortalidade materna e o fracasso dos governos em tornar a saúde materna uma prioridade orçamentária (IMMHR, 2010, p. 7).

No entanto, algumas vezes os resultados insatisfatórios ocorrem mesmo quando são investidos recursos substanciais no setor de saúde. Isso pode ocorrer devido a vários fatores, entre os quais estão problemas na captação de recursos, investimentos insuficientes em fundos, ineficiências no gerenciamento financeiro, supervisão ineficaz e deficiência no gerenciamento regional em sistemas de saúde descentralizados (INTERNATIONAL BUDGET PARTNERSHIP, 2001; KEITH BROWN, 2005). A análise do orçamento, portanto, não é suficiente para detectar lacunas na alocação e na implementação de recursos na área de saúde. Tampouco é um parâmetro satisfatório para embasar estratégias de combate à corrupção e a investimentos inadequados.

Da perspectiva dos direitos humanos, as informações mais valiosas referentes à alocação de recursos se referem à “identificação da parcela da população priorizada” o que, por sua vez, “nos permite averiguar se um governo cumpre seu compromisso de promover a não discriminação (IMMHR, 2010, p. 7). Por exemplo, o relatório que escrevi por encomenda da “Médicos pelos Direitos Humanos”, intitulado “Atrasos fatais: mortalidade materna no Peru”, mostrou que o governo do Peru alocava recursos insuficientes nas regiões mais carentes do país. Um exemplo disso é o Estado de Huancavelica, onde mais de 90% da população vive em condições de extrema pobreza e que, apesar disso, recebia a mesma fração dos gastos federais com a saúde que outras regiões litorâneas mais urbanizadas e ricas.



Fonte: SIAF-MEF in Portocarrero AG. *La Equidad en la Asignación Regional del Financiamiento del Sector Público de Salud. 2000-2005*. CIES: 9 (YAMIN et al., 2007).



Além disso, conforme demonstra o gráfico acima, os Estados situados na porção inferior à linha preta, ou seja, em que o investimento per capita no setor de saúde é inferior às necessidades básicas da população, possuem uma população indígena maior do que as regiões posicionadas acima dessa linha.

O Relatório “Protelações Fatais” demonstrou, por sua vez, que, previsivelmente, menores recursos implicam menores chances de salvar a vida das mulheres. Huancavelia, de fato, teve uma proporção muito pequena de nascimentos assistidos por profissionais qualificados (21%), percentual inferior ao de outras regiões favorecidas com uma fração maior dos investimentos em saúde pública (YAMIN et al, 2007). O próprio relatório do Peru sobre seu progresso em relação aos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio reconheceu o desequilíbrio regional dos investimentos e resultados obtidos na prevenção da mortalidade materna (NAÇÕES UNIDAS, 2004 a, p. 62). Mas a adoção de análises orçamentárias fundamentadas nos direitos humanos implicou a classificação dessas disparidades como discriminações substantivas decorrentes de uma inadequada alocação dos gastos públicos – discriminação que cabe ao poder público prevenir e combater (YAMIN et al, 2007).

O Centro para Direitos Econômicos e Sociais (CDES), em seu relatório de 2009 sobre saúde materna e outros direitos econômicos e sociais na Guatemala, observou que a má distribuição de recursos costumava se verificar em regiões habitadas por grupos étnicos específicos, denunciando, assim, a prática de discriminação de fato no país. O relatório do CDES representa um avanço importante, uma vez que expõe as conexões entre a política tributária regressiva e inadequada da Guatemala e seu modesto histórico em investimento social, inclusive em investimento na saúde materna (CDRS, 2009).

A justificação pública das alocações orçamentárias e das políticas que levam à contenção de gastos no setor social, inclusive na saúde materna, constitui um avanço importante na promoção da *accountability* sistêmica. De fato, a justificação pública oferece à população as informações e as ferramentas necessárias para a avaliação da efetividade e da adequação das despesas governamentais.

A abertura dos orçamentos requer a promulgação de leis sobre liberdade de informação. No entanto, para gerar uma cultura de participação, *accountability* e transparência em todos os níveis do governo é preciso também que os orçamentos sejam mais receptivos às necessidades das pessoas, especialmente às das mulheres. A fim de engendrar essa cultura é preciso capacitar as organizações da sociedade civil no monitoramento orçamentário. Além disso, doadores estatais e privados devem permanecer fiéis aos *Princípios de Paris* e à *Agenda Accra de Ação*, de maneira a assegurar a transparência na alocação de suas doações.

### ***3.3 Monitoramento: O papel central dos indicadores na mensuração do progresso e na definição de prioridades***

Responsabilizar governos pela garantia do direito à saúde materna segundo os padrões jurídicos internacionais implica o monitoramento de sua “implementação progressiva”. Militantes em direitos humanos são especialistas nisso, ou seja, são peritos em avaliar a adequação de políticas públicas e em apontar eventuais

retrocessos, tais como restrições ao acesso a anticoncepcionais e proibições draconianas ao aborto (ANISTIA INTERNACIONAL, Nicarágua, 2009a).

Sem dúvida, é fundamental identificar leis e políticas públicas que estimulem ou agravem índices de morbidade e mortalidade materna (MMM). No entanto, a análise do progresso na saúde materna requer que governos e militantes apliquem indicadores quantitativos apropriados. Por exemplo, à primeira vista parece útil adotar um indicador de mortalidade materna desagregado (o indicador que revelará se os estados irão atingir o Objetivo de Desenvolvimento do Milênio n. 5), uma vez que numa perspectiva de direitos humanos as disparidades e os progressos agregados são igualmente importantes. No entanto, isoladamente esses indicadores relevam-se inadequados por estarem embasados em dados difíceis de coletar e interpretar (MAINE, 1999). Para fins de ilustração podem-se mencionar as estatísticas de Serra Leoa, cujos índices de mortalidade materna na última pesquisa do governo sobre demografia e saúde, oscilaram entre uma taxa mínima de 857 mortes maternas por 100.000 nascimentos com vida em 2009 até a marca de 2.100 mortes por 100.000 nascimentos com vida (Sierra Leone, 2009; ANISTIA INTERNACIONAL, 2009b). A verdade é que não sabemos qual é o índice real da mortalidade materna em Serra Leoa, ou qual será o índice em 2015, sem contar as disparidades intra-regionais. Finalmente, esse indicador falha por não revelar quais são as demandas prioritárias na área de saúde materna.

O caso de Serra Leoa, portanto, sugere que a avaliação que militantes e governos fazem do progresso na implementação dos direitos à saúde materna exige indicadores capazes de medir processos. Para isso, esses indicadores devem ter as seguintes características: 1) devem ser medidos continuamente, de modo a viabilizar avaliações de desempenho de uma determinada administração; 2) devem ser objetivos e comparáveis a fim de que seja possível cotejar índices ao longo do tempo entre países e também entre sub-regiões nacionais; 3) devem estar embasados em intervenções programáticas conhecidas por sua eficiência na redução da mortalidade materna. Por exemplo, dados sobre os objetivos atingidos na contracepção e na assistência profissional ao parto são tão importantes quanto indicadores sobre medicações antirretrovirais, sobretudo nas regiões em que se verifica a sinergia fatal entre a epidemia da Aids e a mortalidade materna (HOBAN et al, 2010). Cada um desses indicadores deve também ser desagregado em renda, raça, etnicidade e região.

Indicadores que medem disponibilidade, distribuição e utilização do atendimento emergencial obstétrico (Indicadores EmOc) são cruciais e devem estar diretamente subordinados a normas de direito internacional, segundo as quais os governos devem garantir atendimentos disponíveis, acessíveis, aceitáveis e de qualidade adequada (a chamada estrutura AAAAQ) (NAÇÕES UNIDAS, 2000, para. 12). A Unicef, a OMS e a UNFPA, juntamente com o programa de Prevenção à Morte e à Deficiência Maternas da Universidade de Columbia (AMDD), atualizaram os indicadores EmOC, que permitem monitoramentos em nível regional, nacional e em qualquer outra instância de poder “capaz de produzir mudanças efetivas” nos sistemas de saúde (FREEDMANT et al, 2005). Além disso, diante das múltiplas causas da mortalidade materna, os indicadores EmOc oferecem aos governos uma ferramenta para distinguir prioridades e, à medida

que esses indicadores são divulgados, passam a funcionar também como critério para orientar a militância no monitoramento da prestação de contas do governo. Por exemplo, o manual do programa da Universidade de Columbia sobre Morte e Deficiência Física Maternas contém exercícios que simulam três cenários. No cenário 1, há três equipamentos para o atendimento de emergência obstétrica para um milhão de pessoas ao invés de dez equipamentos, quantidade considerada a mínima aceitável, sendo que a maior parte dos equipamentos está alocada em áreas urbanas. Os demais indicadores são igualmente fracos, mas o atendimento médico mostra-se particularmente deficitário. Nesse cenário, a divulgação dos dados revela a militantes e responsáveis pela elaboração de programas governamentais a carência de investimentos nas áreas rurais mais pobres (OMS et al, 2009, p. 41). No entanto, na perspectiva de direitos humanos, os dados acerca da distribuição de recursos materiais devem ser complementados por informações etnográficas capazes de identificar eventuais padrões de discriminação no acesso ao sistema de saúde (NAÇÕES UNIDAS, 2000, para. 12).

No cenário 2, há 9 equipamentos de atendimento emergencial funcionando, sendo que alguns deles estão alocados em áreas rurais, dos quais apenas dois asseguram atendimento abrangente. No entanto, poucas mulheres que necessitam de atendimento de emergência são devidamente atendidas por essa estrutura (apenas 8%) (OMS et al, 2009, p. 42). Entre as causas de sua subutilização poderiam estar a falta de acessibilidade (seja de natureza geográfica, econômica -em razão de taxas de utilização- ou da dificuldade de acesso à informação), bem com uma cultura de passividade ou falta de percepção da má qualidade do atendimento. Em qualquer hipótese, a *accountability* fracassa. No entanto, cada uma dessas situações exige soluções distintas. A fim de distinguir a natureza das falhas que implicam a subutilização do sistema de saúde, vários métodos investigativos devem ser usados por governos e militantes, incluindo pesquisas focadas em comunidades, entrevistas com funcionários, observação direta da operação dos equipamentos e revisão dos arquivos dos estabelecimentos (OMS et al, 2009, p. 42).

No cenário 3, há 13 equipamentos, sendo que três deles são abrangentes (isto é, incluem armazenamento de sangue e capacidade cirúrgica) e parecem ser bem distribuídos em áreas urbanas e rurais. Um quarto dos nascimentos é realizado nesses equipamentos, sendo que dois terços dos partos atingem as exigências de EmOc, mas, apesar disso, a taxa de fatalidade em casos obstétricos é bastante alta (15%, sendo que a máxima aceitável seria de 1%). Nesse cenário, a melhora da qualidade da estrutura do atendimento de emergência obstétrica deve ser considerada prioridade (OMS et al, 2009, p. 42). Além disso, as autópsias e auditorias sobre mortalidade materna podem também contribuir para avaliar se a alta taxa de fatalidade está relacionada à busca de socorro tardia ou à qualidade do atendimento.

A seleção e a aplicação desses indicadores não é apenas uma questão técnica. O respeito à dignidade inclui não apenas o acesso a sangue, a sutura, mas também a meios para mensurar esse acesso. O grau de compromisso do governo com a garantia do padrão AAAQ, aliado aos evidentes obstáculos que as mulheres enfrentam na busca de atendimento adequado, sugere que as mortes maternas sejam um resultado previsível de falhas sistemáticas relacionadas a políticas públicas, a decisões e

planejamento orçamentários, além de estarem também relacionadas a fatores sociais e culturais. Por isso, pode-se afirmar que a divulgação dessas falhas seja crucial para que militantes, doadores e governos não restrinjam suas discussões a termos abstratos; mas, ao contrário, centrem seus debates na definição dos meios concretos pelos quais os profissionais da área de saúde devam garantir o pleno direito à saúde materna.

O fato de a “Contagem Regressiva até 2015” ter passado a incluir um indicador sobre a disponibilidade de equipamentos de emergência obstétrica em seu rastreamento global representa um progresso significativo. Esse rastreamento, porém, requer a verificação das necessidades sociais e a contínua avaliação dos equipamentos de emergência obstétrica. No entanto, boa parte dos países jamais realizou esse estudo, incluindo-se aí aqueles que apresentam altos índices de mortalidade materna. Embora o indicador de EmOc esteja sendo aplicado a aproximadamente cinquenta países (OMS et al, 2009), eles nem sempre são usados em nível nacional ou em bases contínuas. Para isso, seria preciso instituir uma coleta ininterrupta de dados sobre os sistemas de saúde em todo mundo, incluindo informações sobre recursos públicos e privados, bem como seria necessário assegurar a ampla divulgação desses dados.

De acordo com o Direito Internacional, os governos são os principais responsáveis pela seleção e utilização dos indicadores, bem como pela transparência das informações sugeridas pelos dados. No entanto, as agências internacionais e eventuais doadores também costumam fazer uso de indicadores e, por isso, esta é uma área em que poderiam cumprir um papel bastante importante, através da assistência à saúde e do processo de implementação dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio.

O Conselho de Direitos Humanos das Nações Unidas, por exemplo, estaria mais bem preparado para cobrar devidamente a *accountability* na área de saúde materna se tivesse acesso aos relatórios governamentais sobre a disponibilidade dos recursos e equipamentos da EmOc. Esse acesso poderia ser parte de uma supervisão periódica, supervisão esta que provavelmente estimularia os Estados que não aderiram aos indicadores da EmOc a fazê-lo. Os órgãos de monitoramento criados por tratados das Nações Unidas, por sua vez, poderiam adotar medidas similares para enfatizar a importância do monitoramento da utilização e da disponibilidade do EmOc, das políticas de planejamento familiar, da assistência profissional ao parto, e em inúmeras outras áreas, a fim de que sejam devidamente cumpridos os deveres relacionados à saúde materna prescritos por relevantes tratados de direitos humanos.

#### **4 A promoção da “*accountability* construtiva” no que tange à estrutura do sistema de saúde**

Iniciativas em nível nacional e regional são indispensáveis, mas a importância do monitoramento e avaliação regulares da estrutura do sistema de saúde são igualmente relevantes para assegurar a transparência, a receptividade e a participação no sistema de saúde, pois todas essas dimensões são igualmente importantes para a *accountability* fundamentada nos direitos humanos (GILL et al, 2005, p. 192). Medidas simples como exigir que os preços de medicamentos e serviços sejam

expostos de forma clara (e não sujeitos a negociação), ou que os funcionários utilizem crachás, de modo que os pacientes possam identificá-los pelo nome, podem melhorar significativamente o relacionamento entre funcionários da área de saúde e pacientes. Essas reformas não são importantes apenas para a saúde materna, mas também para todas as questões de saúde relacionadas à sua dimensão estrutural e pela extensão de seus efeitos à comunidade.

A *accountability* referente à estrutura do sistema de saúde deve respeitar tanto os direitos dos profissionais da área, quanto os dos pacientes. Os profissionais de saúde não devem servir de bode expiatório para deficiências institucionais, nem tampouco devem ser submetidos a exigências desmedidas. Por exemplo, não se deve esperar de nenhum funcionário que cumpra uma carga horária de 24 horas, 7 dias por semana, para garantir atendimento médico em horário integral. Tampouco se deve exigir desses profissionais que paguem, com seus próprios salários, remédios ou suprimentos em casos de emergência obstétrica. Ao contrário, esses profissionais devem ser estimulados a participar da superação das deficiências estruturais do sistema de saúde por meio de incentivos à notificação e à elaboração de sugestões sobre o encaminhamento a ser dado aos problemas observados. Equipes de funcionários e lideranças institucionais têm demonstrado, de fato, ter um papel chave na *accountability* baseada em direitos humanos referentes à dimensão estrutural dos serviços públicos (SCOTTISH HUMAN RIGHTS COMMISSION, 2009).

Contudo, os usuários dos sistemas de saúde, tanto público quanto privado, devem dispor do direito de registrar reclamações quando forem vítimas de discriminação, maus tratos, ou atendimento inadequado (HUMAN RIGHTS WATCH, 2010). O mecanismo de reclamação deve estar disponível a todos os usuários e a seus familiares, incluindo pessoas iletradas, incapazes de preencher formulários. Além disso, para que seja efetivo, deve-se permitir que as reclamações possam tratar de problemas que estejam além das deficiências estruturais.

No entanto, a participação da comunidade na supervisão do sistema de saúde deve ir além da reclamação. No Peru, por exemplo, o CLAS (Comitê Local para Administração da Saúde) envolve membros das comunidades locais no gerenciamento de conselhos que assumem a função de fazer auditorias e supervisionar as estruturas dos sistemas de saúde, juntamente com a equipe de profissionais. Esquemas similares existem em outros países, geralmente associados ao direito da comunidade à educação. Esses projetos devem ser analisados a fim de que se identifiquem as melhores práticas de *accountability* referentes à prevenção da mortalidade materna e a outros problemas no setor de saúde. Deve ainda ser considerada a capacidade de essas práticas tornarem os membros das comunidades locais, em particular as mulheres, sujeitos capazes de demandar direitos sociais (YAMIN et al, 2007).

O objetivo, enfim, é estabelecer o que Lynn Freedman (FREEDMAN, 2003) denomina “*accountability* construtiva”, que estabelece uma nova dinâmica entre direitos e obrigações. Se implementada efetivamente, essa versão de *accountability* tende a provocar mudanças fundamentais na atitude dos membros da comunidade e dos profissionais da área de saúde no que se refere a seus direitos e responsabilidades.

#### ***4.1 Remédios jurídicos: O papel dos tribunais e dos órgãos quase-judiciais na transformação dos sistemas de saúde***

O monitoramento não é suficiente para promover a *accountability* baseada em direitos humanos. É preciso que se recorra também a remédios jurídicos, cuja força deriva de seu caráter obrigatório. Os remédios jurídicos ou quase-jurídicos, portanto, têm um papel chave em ao menos quatro áreas relacionadas ao direito à saúde, especialmente direitos reprodutivos, sexuais e maternos. A primeira área corresponde à implementação das leis e políticas em vigor, a segunda refere-se à reforma de políticas e orçamentos deficientes, a terceira consiste na remoção de restrições legais ao atendimento médico e, finalmente, os remédios jurídicos e quase-jurídicos cumprem também o papel de desafiar violações sistemáticas dos direitos reprodutivos e maternos das mulheres.

A importância dos remédios jurídicos em relação à implementação das leis e políticas em vigor se deve ao fato de a legislação e as políticas públicas relacionadas à saúde sexual e reprodutiva não serem devidamente regulamentadas e, em muitos casos, nem mesmo serem implementadas. Por exemplo, no caso *Paulina Ramirez v. Mexico* (CIDH, 2007), o Centro de Direitos Reprodutivos, juntamente com o Grupo de Informação sobre Escolha Reprodutiva (GIRE, sigla em espanhol) ajuizaram uma ação perante a CIDH em 2002, em que acusavam o governo do México de não regulamentar adequadamente o acesso ao direito ao aborto em caso de estupro (CIDH). O caso foi resolvido num procedimento amigável, no qual o governo mexicano concordou em indenizar a autora e em promulgar um decreto regulamentando a lei que garante o direito ao aborto nesse caso (CIDH, 2007). Além dos efeitos jurídicos, o processo judicial produziu também consequências políticas. A repercussão do processo e a mobilização popular em torno do caso redirecionaram o debate público sobre o aborto no país, tornando sua população mais receptiva à legalização do aborto na Cidade do México.

Em março de 2010, o Tribunal Superior de Delhi determinou que fosse realizada uma auditoria para apurar a causa e as condições da morte de Shanti Devi, uma mulher de casta inferior, que enfrentou graves discriminações no sistema de saúde. A corte exigiu também a implementação adequada de projetos, financiados pelo poder público, relativos à saúde de mães e crianças carentes. Citando tanto normas de direito internacional como precedentes da Suprema Corte, o Tribunal Superior de Delhi determinou que a prova de indigência não mais constituiria condição de acesso aos serviços de saúde reprodutiva. Por fim, o acórdão estabeleceu a portabilidade inter-estatal dos planos de seguro saúde e a garantia de assistência financeira a mulheres carentes (ÍNDIA, *Laxmi Mandal v. Deen Dayal Haringer Hospital & Ors Writ Petition*, 2010).

Quanto ao papel dos remédios jurídicos em relação à reforma de orçamentos e políticas inadequadas, o conhecido caso da Campanha do Tratamento Ativo é emblemático (ÁFRICA DO SUL, *Minister of Health v. Treatment Action Campaign*, 2002). O Tribunal Constitucional Sul Africano considerou inadequadas as restrições ao tratamento com Nevirapine para tratamentos de prevenção da transmissão de HIV de mãe para filho (PMTCT)\*, fundamentando sua decisão nas obrigações constitucionais

---

\*Programa da Organização Mundial de Saúde para a Prevenção de Transmissão de HIV de mãe para filho. N.T.

referentes ao direito à saúde. O Tribunal ordenou ainda a extensão da PMTCT a todo o país e exigiu a elaboração um plano de ação nacional, assumindo o encargo de supervisionar sua implementação.

O Tribunal Constitucional Colombiano, por sua vez, apresenta outro exemplo. Ao julgar um corte orçamentário no subsídio de seguros de saúde para a população carente, o tribunal declarou a inconstitucionalidade da medida e acrescentou que a redução dos gastos governamentais nesse setor representaria um retrocesso inaceitável, principalmente porque afetaria as frações mais vulneráveis da sociedade colombiana (COLOMBIA, 2000, 2004).

Os remédios jurídicos, como foi dito, cumprem também o papel de combater obstáculos ao atendimento médico que sejam discriminatórios ou que violem diretamente o direito à saúde. As restrições ao aborto produziram inúmeros litígios desse tipo. Por exemplo, em diversos casos importantes, o Tribunal Constitucional Colombiano declarou inconstitucional a proibição do aborto terapêutico por considerá-la uma violação dos direitos das mulheres à saúde e a uma vida digna (COLOMBIA, 2006). A Corte exigiu ainda que todas as instituições de saúde assegurassem o acesso aos médicos responsáveis pela realização desses abortos, salientando que a objeção de consciência é um direito do indivíduo e não das instituições (COLOMBIA, 2009). É importante notar que a decisão da Corte aplica-se não apenas ao sistema de saúde público, mas também ao privado, contribuindo, assim como outras decisões judiciais em todo mundo, para definir o escopo das obrigações de atores privados no que se refere ao atendimento médico.

Na Nicarágua, por sua vez, outro caso referente à proibição do aborto foi julgado como discriminação contra a mulher. A questão levada a juízo referia-se à revisão do código penal do país de 2008, cuja principal alteração consistia na proibição do aborto em qualquer hipótese, incluindo as situações em que a vida da mulher estivesse em perigo.

Uma coalizão de organizações não governamentais da Nicarágua e região levou o caso até a CIDH (CIDH, “Amelia”, Nicarágua, 2010). O principal argumento na petição era o de que a revisão violaria direitos à vida e à saúde. Em sua decisão, a CIDH definiu a aplicação imediata de medidas preventivas, determinando que o governo da Nicarágua garantisse o acesso ao tratamento médico apropriado à mulher que ensejou a ação. O mérito ainda aguarda julgamento, mas o caso já tem gerado fortes mobilizações em nível nacional, bem como na esfera internacional, em razão do envolvimento da Anistia Internacional no caso. (ANISTIA INTERNACIONAL, 2009a).

Por fim, deve-se salientar que os remédios jurídicos são essenciais também em casos de violações sistemáticas *de facto* do direito da mulher à saúde. Por exemplo, recursos jurídicos demonstraram ser uma parcela essencial de uma estratégia mais ampla de *accountability* no Peru. Entre 1996 e 1998, cerca de 260.000 mulheres indígenas foram esterilizadas sem seu pleno consentimento e em condições nas quais seu direito à saúde e suas próprias vidas estavam em risco. Uma coalizão de organizações não-governamentais peruana levou o emblemático caso *Maria Mamérita Mestanza Chávez* a juízo (IACH, Peru v. Maria Mamérita Mestanza Chávez, 2000), cujo objeto era a morte de uma mulher indígena decorrente de cirurgia de esterilização involuntária. O judiciário peruano indeferiu a petição, mas

o caso foi em seguida encaminhado ao sistema interamericano, onde foi admitido.

O Brasil sofreu uma acusação semelhante em 2008 no caso encaminhado pelo Centro de Direitos Reprodutivos ao Comitê de Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher (CEDAW). A petição tratava da discriminação sistemática *de facto* contra gestantes afro-descendentes (NAÇÕES UNIDAS, *Alyne da Silva Pimentel v. Brasil*, 2007) e pedia que o governo brasileiro indenizasse a família da vítima e priorizasse a redução da mortalidade materna adotando medidas como o treinamento adequado dos profissionais de saúde, o estabelecimento e a implementação de protocolos e o aumento de investimentos na melhoria do atendimento médico em comunidades vulneráveis.

Em suma, a finalidade os remédios jurídicos ultrapassa significativamente a restituição de um suposto equilíbrio pré-existente e expectativas de inibição da reincidência. Ao invés de se restringirem a isso, as intervenções judiciais ou quase-judiciais podem desempenhar um papel importante em uma estratégia de *accountability* mais ampla, comprometida com a transformação de sistemas de saúde discriminatórios e excludentes.

Além dos remédios jurídicos, as instituições nacionais de direitos humanos podem cobrar sistematicamente do governo a demonstração dos progressos obtidos na área da saúde da mulher. Ao longo da última década, a *Defensoria Del Pueblo* no Peru assumiu esse encargo, acompanhando ativamente a implementação dos direitos reprodutivos no país. Desse modo, a Defensoria contribuiu para a reformulação de regulamentos e políticas públicas relativas a consentimentos voluntários e à regulação sobre as tradicionais posições de parto. Mas, infelizmente, o Peru é uma exceção. No entanto, o atual interesse e envolvimento de Estados doadores e de fundações nos Foruns das Instituições Nacionais de Direitos Humanos (NHRI) impõem a necessidade de lidar sistematicamente com limitações no orçamento, em recursos humanos, em treinamento e com a distribuição de responsabilidades que estejam eventualmente comprometendo o monitoramento efetivo de mecanismos de *accountability* no âmbito da saúde materna e entre outras áreas (SRIPATI, 2000).

## **5 A *accountability* do doador: Promovendo o cumprimento das obrigações estabelecidas pela “Cooperação e Assistência Internacional”**

A maior parte das decisões que afetam o escopo dos direitos das mulheres à saúde materna na porção sul do planeta são tomadas por governos do hemisfério norte e por organizações internacionais controladas pelos Estados-membros do norte. Sobre essa assimetria, o Comitê de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais foi bastante claro ao declarar que: “para afastar qualquer dúvida, o Comitê deseja enfatizar que é uma incumbência específica dos Estados-Partes, e de outros atores que estejam em condições de ajudar, oferecer “assistência internacional e cooperação, especialmente econômica e técnica, que permita aos estados em desenvolvimento cumprir as obrigações relativas aos direitos econômicos, sociais e culturais [incluindo suas obrigações centrais referentes à saúde reprodutiva e materna]” (NAÇÕES UNIDAS, 2000, para. 45).



No entanto, os contornos dessas obrigações não são claros e as declarações internacionais relativas às obrigações de prover assistência e cooperação internacional permanecem extraordinariamente fracas. Os “Princípios de Paris sobre a Efetividade da Assistência”, por exemplo, enfatizam “a harmonização” e o “alinhamento” sem estabelecer compromissos vinculantes fundamentados em direitos (OECD, 2008). A Agenda para Ação de Accra, porém, é um pouco mais incisiva do que o “alinhamento” sem estabelecer compromissos vinculantes fundamentados em direitos “Princípios de Paris”, exigindo que a assistência seja fornecida “de modo consistente com os compromissos internacionais relativos à igualdade de gênero, direitos humanos e sustentabilidade ambiental” (OECD, 2008). Todavia, essas palavras não são seguidas pelo detalhamento dos deveres de assistir os países do sul.

Além disso, ao contrário de outros Objetivos do Desenvolvimento do Milênio, o Objetivo 8, que trata das medidas a serem adotadas pelos Estados doadores, não estabelece um alvo preciso. No que tange à melhoria dos sistemas de saúde básica, reprodutiva e materna, “a parceria global para o desenvolvimento”, prevista pelo Objetivo 8, não foi concretizada (NAÇÕES UNIDAS, 2010b). Um passo importante para modificar esse quadro consiste na adoção de objetivos e indicadores capazes de responsabilizar tanto os países doadores quanto os governos nacionais do hemisfério sul pela *accountability*. No entanto, não basta que esses indicadores demonstrem o crescimento da assistência sustentável à saúde infantil e materna (Objetivos 4 e 5, respectivamente); é preciso também que apreendam mudanças em todas as políticas públicas que afetem o direito à saúde das gestantes e parturientes.

No entanto, esses indicadores isoladamente não são suficientes para ensejar a *accountability* dos Estados doadores e de instituições financeiras internacionais. Para isso, é preciso reunir esforços no sentido de aumentar o ônus pelo descumprimento de obrigações referentes à promoção do direito à saúde e da assistência técnica e econômica (NAÇÕES UNIDAS, 2004 b; NAÇÕES UNIDAS, 2006a). Esse ônus pode ser de natureza financeira, política ou social. Por exemplo, o movimento HIV-AIDS foi particularmente eficaz em mudar o cálculo do custo-benefício, relativo à distribuição de antirretrovirais, realizado por atores internacionais como Estados doadores, corporações transnacionais e governos donatários.

Na área da saúde materna, porém, ainda é incerto o impacto que o engajamento das ONGs de direitos humanos, incluindo a importante campanha da Anistia Internacional sobre mortalidade materna, produz na articulação de um movimento capaz de pressionar os Estados doadores. Essa pressão poderia incidir sobre a obrigação de não provocar prejuízos, assim como a de oferecer assistência econômica e técnica. Um exemplo claro do descumprimento da obrigação dos Estados doadores de “não provocar prejuízo” aos Estados donatários é o recrutamento, por parte dos países mais ricos, de profissionais de saúde de países do hemisfério sul que enfrentam carência de recursos humanos nesse setor. Sobre essa questão, as diretrizes dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio n. 5 são bastante claras: “países doadores devem preservar a coerência política de sua assistência. A migração de profissionais de saúde dos países donatários para os doadores compromete a credibilidade dos primeiros- por que investir nos sistemas de saúde dos países em desenvolvimento e desfalcá-los de recursos

humanos que lhes são preciosos? A coerência política nesse caso é indispensável” (REALIZING RIGHTS, 2010).

Em maio de 2010, a Assembléia Mundial de Saúde adotou, por unanimidade, um “Código de Prática de Recrutamento Internacional dos Profissionais de Saúde” (WORLD HEALTH ASSEMBLY, 2010). Embora o Código disponha apenas sobre “comprometimentos voluntários” com práticas de recrutamento responsáveis, ele funciona como uma ferramenta valiosa para intimidar a cooptação de profissionais de saúde à medida que aumenta o custo político dessa operação.

Conforme foi mencionado, os governos doadores devem também oferecer auxílio econômico e suporte técnico aos países em desenvolvimento. Deve-se salientar, porém, que o Objetivo de Desenvolvimento do Milênio n. 5 tem sido um dos objetivos menos beneficiados por investimentos, apresentando, por isso, progressos muito irregulares (OECD, 2006; FREEDMAN et al, 2007, p. 1133; NAÇÕES UNIDAS, 2010b). Embora um estudo de 2010 indique crescimentos significativos nos investimentos em saúde na última década, os serviços básicos de saúde e de saúde reprodutiva não estão entre os setores priorizados (HOGAN et al, 2010; THE WORLD BANK, 2009; OECD, 2009). Mesmo o quadro mais otimista apresenta grandes disparidades. Os níveis globais de mortalidade materna permanecem muito acima do exigido pelo Objetivo de Desenvolvimento do Milênio, que estabelece uma redução global de 75% de óbitos tendo por base dados da década de 1990 (HOGAN et al, 2010; HILL et al, 2007, p. 1311; COUNTDOWN TO 2015, 2010, p. 10).

Embora muitos atendimentos de mães e recém-nascidos sejam financiados por recursos domésticos, muitos países pobres simplesmente não têm condições de prover todos os serviços necessários para salvar a vida das mulheres. Por exemplo, no final de 2009, acordos entre Estados doadores viabilizaram uma política de atendimento gratuito para mulheres grávidas, lactantes e crianças em Serra Leoa, onde a Anistia Internacional havia constatado que as taxas de utilização de serviços representavam uma das principais barreiras de acesso ao tratamento médico.

No entanto, deve-se salientar que o crescimento do financiamento de saúde global, conforme os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, foi destinado principalmente à prevenção e tratamento de HIV-AIDS (OECD, 2009). Entre 1990 e 1998, 12% do fundo de doações foram alocados no controle de HIV-AIDS e doenças sexualmente transmissíveis, sendo que entre os anos de 1999 e 2004 esse percentual atingiu a marca de 25%. Nesse mesmo período, as doações destinadas a políticas de planejamento familiar tiveram uma queda de 10% para 6% (14% a 6% segundo o Comitê de Assistência do Desenvolvimento - DAC), enquanto o atendimento no setor de saúde reprodutiva sofreu uma diminuição de 8% para 6% no total de doadores (7% a 6% segundo o DAC) (OECD, 2006). Por fim, as doações para a saúde materna, de crianças e recém-nascidos contabilizaram apenas 31% da “Assistência Oficial de Desenvolvimento”- ODA, para a saúde em 2007 (COUNTDOWN TO 2015, 2010, p. 36).

O problema não reside na repartição desigual do bolo, mas sim na necessidade de aumentá-lo. Em relatório publicado pelas Nações Unidas em 2009, essa questão é assinalada nos seguintes termos: “sem vontade política e um firme comprometimento com a saúde reprodutiva da população e questões de gênero, é

improvável que os objetivos e metas estabelecidos pela Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento e pela Cúpula do Milênio sejam atingidos” (NAÇÕES UNIDAS, 2009b, p. 20).

Muitos autores assinalaram que o consenso em concentrar recursos na pandemia de HIV-AIDS em detrimento de doações para a promoção dos Objetivos do Milênio n. 6 deve-se, ao menos em parte, ao fato de a disseminação da doença afetar igualmente países do norte e do sul (CROSSETE, 2005, p. 77; HULME, 2009, p. 24). Além disso, a criação do “Fundo Global para o Combate à AIDS, à Tuberculose e à Malária” e o “Plano de Emergência do Presidente dos Estados Unidos para AIDS” criaram importantes mecanismos institucionais que estabelecem deveres aos Estados doadores.

O Relatório do Secretário Geral das Nações Unidas de 2010 sobre os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio observou que: “agrupar recursos de diversos doadores em fundos comuns tem sido uma estratégia de sucesso para, por exemplo, controlar a disseminação de diversas doenças infecciosas (NAÇÕES UNIDAS, 2010b, para. 85). Em relação a isso, vários autores têm sustentado que o mandato do Fundo Global deve ser expandido a fim de abarcar saúde materna, infantil e demais setores da área de saúde (THE LANCET EDITORIAL BOARD, 2010; STARRS; SANKORE, 2010; STARRS, 2009; CORNETTO et al, 2009). Essas propostas vão além da integração da saúde materna e reprodutiva aos programas de HIV-AIDS, uma vez que estes últimos já são compreendidos pelo atual mandato do Fundo Global estabelecido em 2002.

O Fundo Global, porém, tem sido alvo de diversas críticas referentes à sua sustentabilidade, eficiência e transparência. Afirma-se que além de os recursos não serem distribuídos equitativamente entre HIV-AIDS, tuberculose e malária, as intervenções nos sistemas de saúde redundam muitas vezes em seu enfraquecimento (HALL, 2005). Além disso, ressalta-se que qualquer mecanismo, como o Fundo Global, deve ser reforçado pela pressão constante de movimentos HIV-AIDS de todo mundo, cujo papel na sustentação de comprometimentos financeiros tem tido uma importância central.

A expansão e a remodelação do Fundo Global podem engajar os Estados doadores em compromissos de longo prazo com o sistema de saúde, incluindo a saúde materna. No entanto, o fato de as doações serem por prazos limitados impõe ao Fundo o dever de estimular gradativamente a sustentabilidade futura dos sistemas de saúde nos países em desenvolvimento, a despeito das dificuldades que a arquitetura global e a falta de recursos financeiros, materiais e humanos acarretam. (CORNETTO et al, 2009; FUNDO GLOBAL, 2007).

O comprometimento em relação a fundos de doação na prevenção e tratamento da AIDS, tuberculose e malária tem se aproximado de um consenso no plano internacional. No entanto, ainda é preciso obter um engajamento global similar no que se refere a investimentos em sistemas de saúde e, em particular, na saúde materna. A expansão e adaptação do Fundo Global, ou a criação de um mecanismo similar, implicaria maior responsabilidade por parte dos doadores, além de aumentar os custos políticos e sociais de suspensões arbitrárias de doações para sistemas de saúde.

## 6 Conclusões

A mortalidade materna não é apenas um problema médico, é principalmente um problema social e de vontade política, tanto em nível doméstico quanto internacional. A razão pela qual milhares de mulheres e meninas morrem todos os anos não reside no fato de não sabermos como salvá-las. As mortes em massa das mulheres ocorrem porque suas vidas não são valorizadas, porque suas vozes não são ouvidas, porque são discriminadas e excluídas em seus lares, em suas comunidades e por sistemas de saúde que não priorizam suas necessidades.

O argumento central deste artigo consiste na idéia de que uma responsabilização governamental transformadora relativa à garantia do direito materno à saúde exige mais do que a divulgação da escandalosa injustiça dessas mortes e mais do que a cobrança de medidas estatais consistentes com deveres jurídicos internacionais. Requer também a conversão do poderoso discurso normativo dos direitos humanos em um guia operacional, e em ferramentas concretas para o aperfeiçoamento de profissionais responsáveis pelo planejamento do sistema de saúde, de prestadores de serviço, médicos, bem como dos usuários dos sistemas de saúde.

Transformações dos sistemas de saúde dificilmente ocorrerão focando-se em sanções individuais. Para esse fim, medidas voltadas para a promoção de mudanças sistêmicas e institucionais tendem a ser mais eficazes porque incidem diretamente nas relações entre profissionais e pacientes nos serviços de saúde.

Os governos nacionais devem ser considerados responsáveis pelas análises da situação inicial, pelo modelo do plano de ação concernente à saúde materna, bem como por decisões de natureza orçamentária, pelo monitoramento e pela provisão de remédios. Em cada etapa, a transparência, o acesso à informação e a participação popular efetiva são cruciais para a responsabilização baseada em direitos. Adicionalmente, deve-se cobrar dos governos doadores coerência política e incremento da assistência financeira aos sistemas de saúde e saúde materna. Para isso, são necessários mecanismos inovadores, bem como mobilizações políticas e sociais que aumentem o custo político e social do descumprimento dessas obrigações.

Além disso, há uma importante relação entre órgãos e mecanismos internacionais e nacionais no que se refere à promoção da *accountability*. Os órgãos de monitoramento criados por tratados das Nações Unidas, os procedimentos especiais, o Conselho de Direitos Humanos, a Comissão Interamericana de Direitos Humanos e a Comissão Africana desempenham papéis centrais na garantia da consistência de leis e políticas públicas com os deveres dos Estados em relação aos direitos humanos, cumprindo também a função de verificar se os progressos obtidos são avaliados com base em indicadores não-discriminatórios, se os recursos são suficientes e se são alocados de modo apropriado, se os esforços para reduzir a mortalidade materna dão especial atenção a populações marginalizadas e, finalmente, se existem mecanismos de reparação adequados em nível nacional.

A adoção da perspectiva de direitos humanos em relação à morbidade e à mortalidade maternas implica subverter um amplo espectro de “patologias do poder” que sistematicamente marginalizam mulheres e suas necessidades de saúde (FARMER, 2005). A crítica às estruturas de poder, que restringem a possibilidade

de as mulheres tomarem decisões sobre suas vidas, abarca o combate a sistemas de saúde que condenam as mulheres a sofrimentos e mortes desnecessárias. Conforme afirmam Paul Hunt e Gunilla Backman: “Em uma sociedade, um sistema de saúde efetivo é uma instituição tão fundamental quanto um judiciário honesto e um sistema político democrático. É somente através da construção e do fortalecimento dos sistemas de saúde que se torna possível assegurar o desenvolvimento sustentável, a redução da pobreza, a prosperidade econômica, melhoras na saúde dos indivíduos e da população, bem como o direito de usufruir da melhor condição de saúde possível” (HUNT; BACKMAN, 2008).

A melhoria dos sistemas de saúde não deve ser vista como exercício tecnocrático. A adoção da perspectiva dos direitos humanos implica assumir a transformação dos sistemas de saúde como meio de construção da cidadania das mulheres, particularmente das mulheres pobres, marginalizadas e habitantes das zonas rurais (FREEDMAN, 2005). A exigência de que os sistemas de saúde levem o sofrimento - e os direitos- das mulheres a sério em um mundo onde a reprodução feminina é intensamente marcada pelo poder cultural e religioso representa, de fato, uma demanda bastante radical.

## REFERÊNCIAS

---

### Bibliografia e outras fontes

- ANISTIA INTERNACIONAL. 2009a. **Nicarágua**: Report 2009. Disponível em: <<http://www.amnesty.org/en/region/nicaragua/report-2009>>. Último acesso em: 2 abr. 2010.
- \_\_\_\_\_. 2009b. **Out of Reach**: The Cost of Maternal Health in Sierra Leone. New York. Disponível em: <[http://www.amnesty.org.au/images/uploads/svaw/2566\\_SierraL\\_Covreport\\_web.pdf](http://www.amnesty.org.au/images/uploads/svaw/2566_SierraL_Covreport_web.pdf)>. Último acesso em: 27 mar. 2010.
- \_\_\_\_\_. 2010. **The State of the World's Human Rights**. Index: POL 10/001/2010.
- CENTER FOR REPRODUCTIVE RIGHTS (CRR). 2009. **Broken Promises: Human Rights, Accountability and Maternal Death in Nigeria**. New York. Disponível em: <[http://www2.ohchr.org/english/bodies/cedaw/docs/ngos/CRR\\_Nigeria41.pdf](http://www2.ohchr.org/english/bodies/cedaw/docs/ngos/CRR_Nigeria41.pdf)>. Último acesso em: 27 mar. 2010.
- CESR. 2009. **Rights or Privileges?** Fiscal Commitment to the Right to Health, Education and Food in Guatemala: Executive Summary. Madrid. Disponível em: <<http://www.cesr.org/downloads/Rights%20or%20Privileges%20Executive%20Summary%20final.pdf>>. Último acesso em: 27 mar. 2010.
- CORNETTO, G. et al. 2009. A global fund for the health MDGs? **The Lancet**, v. 373, p. 1500-1503.

- COUNTDOWN TO 2015. 2008. **Statement of Commitment Concerning Maternal, Newborn and Child Survival**. Cape Town. Disponível em: <[http://www.countdown2015mnch.org/documents/statementofcommitment\\_english.pdf](http://www.countdown2015mnch.org/documents/statementofcommitment_english.pdf)>. Último acesso em: 27 mar. 2010.
- \_\_\_\_\_. 2010. **2010 Countdown to 2015 Decade Report (2000-2010)**. Disponível em: <<http://www.countdown2015mnch.org/reports-publications/2010-report>>. Último acesso em: 27 mar. 2010.
- CROSSETTE, B. 2005. **Reproductive health and the Millennium Development Goals: the missing link**. *Family Planning*, v. 36, n. 1, p. 71-79.
- DANIELS, N. 2008. **Just Health: Meeting Health Needs Fairly**. New York: Cambridge University Press.
- DEFEYTER, K. 2001. **World Development Law: Sharing Responsibility for Development**. Antwerp: Intersentia.
- DEPARTMENT FOR INTERNATIONAL DEVELOPMENT. 2005. **How to Reduce Maternal Deaths: Rights and Responsibilities**. UK.
- GRUSKIN, S.; DANIELS, N. 2008. Justice and human rights: priority setting and fair deliberative process. *American Journal of Public Health*, v. 98, n. 9, p. 1573-1577.
- FARMER, P. 2005. **Pathologies of Power: Health, Human Rights, and the New War on the Poor**. Berkeley: University of California Press.
- \_\_\_\_\_. 2008. Challenging orthodoxies: The road ahead for health and human rights. *Health and Human Rights*, v. 10, n. 1, p. 6.
- FREEDMAN, L.P. 2002. Shifting visions: Delegation policies and the building of a rights-based approach to maternal mortality. *Journal of the American Women's Association*, v. 57, n. 3, p. 154-158.
- \_\_\_\_\_. 2003. Human rights, constructive accountability and maternal mortality in the Dominican Republic: a commentary. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, v. 82, p. 111-114.
- \_\_\_\_\_. 2005. Achieving the MDGs: Health Systems as Core Social Institutions. *Development*, v. 48, p. 19-24.
- FREEDMAN, L.P. et al. 2005. **OMS's Got the Power?: Transforming Health Systems for Women and Children**. London: Earthscan.
- \_\_\_\_\_. 2007. Practical lessons from global safe motherhood initiatives: time for a new focus on implementation. *The Lancet*, v. 370, n. 9595, p. 1383-1391.
- GILL, Z. et al. 2005. A tool for assessing 'readiness' in emergency obstetric care: The room-by-room 'walk-through'. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, v. 89, p. 191-199.
- THE GLOBAL FUND. 2002. **The Framework Document of the Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria**. Geneva. Disponível em: <[http://www.theglobalfund.org/documents/TGF\\_Framework.pdf](http://www.theglobalfund.org/documents/TGF_Framework.pdf)>. Último acesso em: 2 abr. 2010.

- \_\_\_\_\_. 2007. **Proposal Form – Round 7**. Disponível em: <[http://www.theglobalfund.org/documents/rounds/7/R7\\_Proposal\\_Form\\_en.doc](http://www.theglobalfund.org/documents/rounds/7/R7_Proposal_Form_en.doc)>. Último acesso em: 2 abr. 2010.
- GEORGE, A. et al. 2010. Making rights more relevant for health professionals. **Lancet**, v. 375, p. 1764-1765.
- HALL, J. 2005. The Global Fund for AIDS, tuberculosis, and malaria. **StudentBMJ**, v. 13, p. 441-484.
- HILL, K. et al. 2007. Estimates of maternal mortality worldwide between 1990 and 2005: an assessment of available data. **Lancet**, v. 370, n. 9595, p. 1311-1319.
- HOGAN, M. et al. 2010. Maternal mortality for 181 countries, 1980–2008: a systematic analysis of progress towards Millennium Development Goal 5. **Lancet**, v. 375, p. 1609-1623.
- HULME, D. 2009. The Millennium Development Goals (MDGs): A short history of the world's biggest promise. **BWPI Working Paper 100**. Manchester. Disponível em: <<http://www.bwpi.manchester.ac.uk/resources/Working-Papers/bwpi-wp-10009.pdf>>. Último acesso em: 27 mar. 2010.
- HUMAN RIGHTS WATCH. 2009. **No Tally of the Anguish: Accountability in Maternal Health Care in India**. New York. Disponível em: <<http://www.hrw.org/en/reports/2009/10/08/no-tally-anguish-0>>. Último acesso em: 27 março 2010.
- \_\_\_\_\_. 2010. **Unaccountable: Addressing Reproductive Health Care Gaps**. New York.
- HUNT, P. 2008. Maternal health and human rights. **Lancet**, v. 371, n. 9608, p. 203.
- HUNT, P.; BACKMAN, G. 2008. Health systems and the right to the highest attainable standard of health. **Health and Human Rights**, v. 10, n. 1, p. 81-92.
- INTERNATIONAL CONFERENCE ON POPULATION AND DEVELOPMENT (ICPD). 1994. **Programme of Action of the United Nations International Conference on Population and Development**. Cairo. Disponível em: <[http://www.dirittiumani.donne.aidos.it/bibl\\_2\\_testi/d\\_impegni\\_pol\\_internaz/a\\_conf\\_mondiali\\_onu/c\\_conf\\_cairo\\_e+5/a\\_cairo\\_poa\\_engl\\_x\\_pdf/cairo\\_dich+pda\\_engl.pdf](http://www.dirittiumani.donne.aidos.it/bibl_2_testi/d_impegni_pol_internaz/a_conf_mondiali_onu/c_conf_cairo_e+5/a_cairo_poa_engl_x_pdf/cairo_dich+pda_engl.pdf)>. Último acesso em: 2 abr. 2010.
- INTERNATIONAL INITIATIVE ON MATERNAL MORTALITY AND HUMAN RIGHTS (IIMMHR). 2010. **About Maternal Mortality**. New York. Disponível em: <<http://righttomaternalhealth.org/about-maternal-mortality>>. Último acesso em: 27 mar. 2010.
- INTERNATIONAL BUDGET PARTNERSHIP. 2001. **A Guide to Budget Work for NGOs**. Washington, D.C. Disponível em: <[http://www.internationalbudget.org/files/guide\\_to\\_budget\\_work.pdf](http://www.internationalbudget.org/files/guide_to_budget_work.pdf)>. Último acesso em: 2 abr. 2010.
- \_\_\_\_\_. 2010. **6 Question Campaign. Request Protocol**. Disponível em: <[http://www.internationalbudget.org/pdf/6QC\\_Protocol\\_English.pdf](http://www.internationalbudget.org/pdf/6QC_Protocol_English.pdf)>. Último acesso em: 2 abr. 2010.
- KEITH-BROWN, K. 2005. **Investing for Life: Making the Link between Public Spending and the Reduction of Maternal Mortality**. Mexico City: Fundar, Centro de Análisis e Investigación.

- KGAMPHE, L.; MAHONY, L. (Ed.). 2004. **Using Government Budgets as a Monitoring Tool: The Children's Budget Unit in South Africa**. Minneapolis. Disponível em: <[http://www.newtactics.org/sites/newtactics.org/files/Kgamphe\\_Budgets\\_update2007.pdf](http://www.newtactics.org/sites/newtactics.org/files/Kgamphe_Budgets_update2007.pdf)>. Último acesso em: 2 abr. 2010.
- KRAFCHIK, W. 2010. 6 Question Campaign. **New Tactics in Human Rights**, 1 Mar. Disponível em: <<http://www.newtactics.org/en/blog/new-tactics/using-budgets-monitoring>>. Último acesso em: 2 abr. 2010.
- THE LANCET EDITORIAL BOARD. 2010. The Global Fund: replenishment and redefinition in 2010. **Lancet**, v. 375, n. 9718, p. 865.
- LANGFORD, M. 2008. **Claiming the Millennium Development Goals: A Human Rights Approach**. New York: United Nations.
- LONDON, L. 2008. What is a human-rights based approach to health and does it matter? **Health and Human Rights**, v. 10, p. 63-77.
- MAINE, D. 1999. **What's So Special About Maternal Mortality?** Safe Motherhood Initiatives: Critical Issues. London: Blackwell, p. 175-182.
- MCKAY, B. 2010. White House proposes 9% increase in global-health funding. **Wall Street Journal**, Feb.
- NAÇÕES UNIDAS. 1966. **International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights**, UN Doc. GA Res 2200A (XXI) 16 Dec. 1966. Disponível em: <<http://www2.ohchr.org/english/law/cescr.htm>>. Último acesso em: 20 maio 010.
- \_\_\_\_\_. 1998. Development Programme. **Integrating Human Rights with Sustainable Human Development**. New York. Disponível em: <[http://hurilink.org/tools/UNDP\\_integrating\\_hr.pdf](http://hurilink.org/tools/UNDP_integrating_hr.pdf)>. Último acesso em: 27 mar. 2010.
- \_\_\_\_\_. 1999. Committee on the Elimination of Discrimination against Women (CEDAW). **General Recommendation No. 24: Women and Health**. 20th session. Disponível em: <<http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/recommendations/recomm.htm#recom24>>. Último acesso em: 7 abr. 2010.
- \_\_\_\_\_. 2000. Committee on Economic, Social and Cultural Rights (CESCR). **General Comment 14 on the Right to Health**, UN Doc. E/C.12/2000/4. Disponível em: <[http://www.unhchr.ch/tbs/doc.nsf/\(symbol\)/E.C.12.2000.4.En](http://www.unhchr.ch/tbs/doc.nsf/(symbol)/E.C.12.2000.4.En)>. Último acesso em: 20 maio 2010.
- \_\_\_\_\_. 2004a. Development Group. **Hacia el Cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio en el Perú**. Geneva. Disponível em: <[http://www.undg.org/archive\\_docs/5504-Peru\\_MDG\\_Report\\_-\\_MDGR.pdf](http://www.undg.org/archive_docs/5504-Peru_MDG_Report_-_MDGR.pdf)>. Último acesso em: 27 mar. 2010.
- \_\_\_\_\_. 2004b. Commission on Human Rights. **Report of the Special Rapporteur on the Right of Everyone to the Enjoyment of the Highest Attainable Standard of Physical and Mental Health, Paul Hunt**, UN Doc. E/CN.4/2004/49, para. 45, 60th Session. Disponível em: <[http://www.unhchr.ch/Huridocda/Huridoca.nsf/\(Symbol\)/E.CN.4.2004.49.En](http://www.unhchr.ch/Huridocda/Huridoca.nsf/(Symbol)/E.CN.4.2004.49.En)>. Último acesso em: 20 maio 2010.
- \_\_\_\_\_. 2005. Millennium Project. **OMS's Got the Power? Transforming Health Systems for Women and Children**. New York. Disponível em: <<http://www>>.



reliefweb.int/rw/rwb.nsf/db900SID/MYAI-83M3CB?OpenDocument>. Último acesso em: 2 abr. 2010.

\_\_\_\_\_. 2006a. **Political Declaration on HIV/AIDS**, UN Doc. A/RES/60/262, 60th Session. Disponível em: <[http://data.unaids.org/pub/Report/2006/20060615\\_hlm\\_politicaldeclaration\\_ares60262\\_en.pdf](http://data.unaids.org/pub/Report/2006/20060615_hlm_politicaldeclaration_ares60262_en.pdf)>. Último acesso em: 2 abr. 2010.

\_\_\_\_\_. 2006b. Special Rapporteur on the Right to Health. **Report of the UN Special Rapporteur on the Right of Everyone to the Enjoyment of the Highest Attainable Standard of Physical and Mental Health to the UNGA**, UN Doc. A/61/338, 61<sup>st</sup> Session. Disponível em: <<http://daccess-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N06/519/97/PDF/N0651997.pdf?OpenElement>>. Último acesso em: 20 maio 2010.

\_\_\_\_\_. 2009a. Human Rights Council. **Resolution 11/8. Preventable Maternal Mortality and Morbidity and Human Rights**, UN Doc. A/CDH/RES/11/8, 11th Session. Disponível em: <[http://ap.ohchr.org/documents/E/CDH/resolutions/A\\_CDH\\_RES\\_11\\_8.pdf](http://ap.ohchr.org/documents/E/CDH/resolutions/A_CDH_RES_11_8.pdf)>. Último acesso em: 27 mar. 2010.

\_\_\_\_\_. 2009b. Commission on Population and Development. **Flow of financial Resources for Assisting in the Implementation of the Programme of Action of the International Conference on Population and Development: Report of the Secretary-General**, UN Doc. E/CN.9/2009/5, 42th Session. Disponível em: <<http://daccess-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N09/215/67/PDF/N0921567.pdf?OpenElement>>. Último acesso em: 27 mar. 2010.

\_\_\_\_\_. 2010a. Office of the High Commissioner for Human Rights (UN OHCHR). **Report of the Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights on Preventable Maternal Mortality and Morbidity and Human Rights**, UN Doc. A/CDH/14/39. (Advance Edited Version). Disponível em: <[http://www2.ohchr.org/english/bodies/CDHouncil/docs/14session/A.CDH.14.39\\_AEV-2.pdf](http://www2.ohchr.org/english/bodies/CDHouncil/docs/14session/A.CDH.14.39_AEV-2.pdf)>. Último acesso em: 20 maio 2010.

\_\_\_\_\_. 2010b. **Keeping the Promise: A Forward-Looking Review to Promote an Agreed Action Agenda to Achieve the Millennium Development Goals by 2015**. Report of the Secretary-General, UN Doc. A/64/665, 64<sup>th</sup> Session. Disponível em: <[http://www.reliefweb.int/rw/RWFiles2010.nsf/FilesByRWDocUnidFilename/MYAI-83M3CB-full\\_report.pdf/\\$File/full\\_report.pdf](http://www.reliefweb.int/rw/RWFiles2010.nsf/FilesByRWDocUnidFilename/MYAI-83M3CB-full_report.pdf/$File/full_report.pdf)>. Último acesso em: 2 abr. 2010.

NIGERIA. 2009. National Population Commission. **Standard DHS, 2008**. Calverton, MD: ICF Macro.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). 2004. **Beyond the Numbers: Reviewing Maternal Deaths and Complications to Make Pregnancy Safer**. Geneva. Disponível em: <[http://www.ino.searo.OMS.int/LinkFiles/Reproductive\\_health\\_Beyond\\_the\\_numbers.pdf](http://www.ino.searo.OMS.int/LinkFiles/Reproductive_health_Beyond_the_numbers.pdf)>. Último acesso em: 2 abr. 2010.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS) et al. 2009. **Monitoring Emergency Obstetric Care: A Handbook**. Geneva. Disponível em: <[http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/2009/obstetric\\_monitoring.pdf](http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/2009/obstetric_monitoring.pdf)>. Último acesso em: 27 mar. 2010.

ORGANIZATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT

- (OECD). 2006. **Recent Trends in Official Development Assistance to Health**. Paris. Disponível em: <<http://www.oecd.org/dataoecd/1/11/37461859.pdf>>. Último acesso em: 27 mar. 2010.
- \_\_\_\_\_. 2008. **Paris Declaration on Aid Effectiveness and Accra Agenda for Action**. Paris. Disponível em: <<http://www.oecd.org/dataoecd/11/41/34428351.pdf>>. Último acesso em: 27 mar. 2010.
- \_\_\_\_\_. 2009. **Measuring Aid to Health**. Paris. Disponível em: <<http://www.oecd.org/dataoecd/44/35/44070071.pdf>>. Último acesso em: 27 mar. 2010.
- PERU. 1999. Defensoria del Pueblo. **Informe Defensorial No. 27: La Aplicación de la Anticoncepción Quirúrgica y los Derechos Reproductivos II**. Lima. Disponível em: <<http://www.defensoria.gob.pe/inform-defensoriales.php>>. Último acesso em: 27 mar. 2010.
- \_\_\_\_\_. 2005. Defensoria del Pueblo. **Informe Defensorial No. 90: Supervisión a los Servicios de Planificación Familiar IV**. Lima. Disponível em: <<http://www.defensoria.gob.pe/inform-defensoriales.php>>. Último acesso em: 27 mar. 2010.
- POTTS, H. 2008. **Accountability and the Right to the Highest Attainable Standard of Health**. Human Rights Centre, University of Essex. Disponível em: [http://www.essex.ac.uk/human\\_rights\\_centre/research/rth/docs/CDH\\_Accountability\\_Mar08.pdf](http://www.essex.ac.uk/human_rights_centre/research/rth/docs/CDH_Accountability_Mar08.pdf) Último acesso em 27 mar. 2010.
- PROMSEX. 2010. Demandan a Estado Peruano por AOE. **La Republica**, Lima, 15 Jan. Disponível em: <<http://promsex.org/articulos/demandan-a-estado-peruano-por-aoe.html>>. Último acesso em: 2 abr. 2010.
- REALIZING RIGHTS: THE ETHICAL GLOBALIZATION INITIATIVE. 2010. Briefing Note. **Messages on MDG 5 – Maternal Health and Reducing Maternal Mortality**.
- ROBINSON, M. 2005. What rights can add to good development practice. In: ALSTON, P.; ROBINSON, M. (Org.). **Human Rights and Development: Towards Mutual Reinforcement**. New York: Oxford University Press, p. 25-44.
- ROSENFELD, A.; MAINE, D.; FREEDMAN, L.P. 2006. Meeting MDG-5: an impossible dream? **Lancet**, v. 368, n. 9542, p. 1133-1135.
- ROTH, K. 2004. Defending economic, social and cultural rights: Practical issues faced by an international human rights organization. **Human Rights Quarterly**, v. 26, p. 63-73.
- SIERRA LEONE. 2009. Statistics Sierra Leone, Ministry of Health and Sanitation Freetown, Sierra Leone. **Sierra Leone: Standard DHS, 2008**. Calverton, MD: ICF Macro. Disponível em: <[http://www.measuredhs.com/pubs/pub\\_details.cfm?ID=978&ctry\\_id=208&SrchTp=>](http://www.measuredhs.com/pubs/pub_details.cfm?ID=978&ctry_id=208&SrchTp=>)>. Último acesso em: 20 maio 2010.
- SCOTTISH HUMAN RIGHTS COMMISSION. 2009. **Human Rights in a Health Care Setting: Making it Work for Everyone: an evaluation of a human rights-based approach at The State Hospital**. Glasgow. Disponível em: <<http://www.tsh.scot.nhs.uk/PFPI/docs/Human%20Rights%20-%20Summary%20-%20Dec%202009.pdf>>. Último acesso em: 27 mar. 2010.
- SRIPATI, V. 2000. India's National Human Rights Commission: a shackled commission? **Boston University International Law Journal**, v. 18, p. 3-46.

- STARRS, A. 2009. Funding the Health MDGs. **Family Care International**, 11 May. Disponível em: <<http://www.familycareintl.org/en/about/27#Funding>>. Último acesso em: 2 abr. 2010.
- \_\_\_\_\_.; SANKORE, R. 2010. Momentum, mandates and money: achieving health MDGs. **Lancet**, v. 375, n. 9730, p. 1946-1947.
- UNDURRAGA, V.; COOK, R. 2009. Constitutional incorporation of international and comparative human rights law: the Colombian Constitutional Court Decision C-355/2006. In: WILLIAMS, S.H. (Org.). **Constituting Equality: Gender Equality and Comparative Constitutional Law**. Cambridge: Cambridge University Press, p. 215-247.
- UVIN, P. 2004. **Human Rights and Development**. Bloomfield, CT: Kumarian Press.
- WAKABI, W. 2010. Mothers and infants to get free health care in Sierra Leone. **Lancet**, v. 375, n. 9718, p. 882. Original Text).
- THE WORLD BANK. 2009. World's progress on maternal health and family planning is insufficient. **News and Broadcast**, 9 Jul. Disponível em: <<http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/NEWS/0,,contentMDK:22241448~pagePK:64257043~piPK:437376~theSitePK:4607,00.html>>. Último acesso em: 27 mar. 2010.
- WORLD HEALTH ASSEMBLY. 2006. **International Migration of Health Personnel: A Challenge for Health Systems in Developing Countries**. A59/18, 59th Session. 4 May 2006. Disponível em: <[http://apps.OMS.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA59/A59\\_18-en.pdf](http://apps.OMS.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA59/A59_18-en.pdf)>. Último acesso em: 2 abr. 2010.
- \_\_\_\_\_. 2010. **OMS Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel**. Disponível em: [http://www.OMS.int/hrh/migration/code/full\\_text/en/index.html](http://www.OMS.int/hrh/migration/code/full_text/en/index.html) Último acesso em: 2 abr. 2010.
- YAMIN, A.E. 2008. Will we take suffering seriously; reflections on what applying a rights framework to health means and why we should care. **Health and Human Rights**, v. 10, n. 1, p. 45-63.
- YAMIN, A.E. et al. 2007. **Deadly Delays: Maternal Mortality in Peru - A Rights-Based Approach to Safe Motherhood**. Cambridge: Physicians for Human Rights. Disponível em: <<http://physiciansforhumanrights.org/library/documents/reports/maternal-mortality-in-peru.pdf>>. Último acesso em: 27 mar. 2010.
- YAMIN, A.E.; MAINE, D. 1999. Maternal mortality as a human rights issue: measuring compliance with international treaty obligations. **Human Rights Quarterly**, v. 21, n. 3, p. 563-607.

## Jurisprudência

- ÁFRICA DO SUL. 2002. Constitutional Court. Sentence, 5 July. Case (5) SA 721 (CC). **Minister of Health v. Treatment Action Campaign**.
- ARGENTINA. 1998. Poder Judicial de la Nación. Decisión del 2 Junio. **Viceconte, Mariela Cecilia. v. Argentinian Ministry of Health and Social Welfare**. Causa No 31.777/96.

- COLOMBIA. 2000. Constitutional Court. Sentence. **Judgment C-1165**.
- \_\_\_\_\_. 2004. Constitutional Court. Sentence. **Judgment C-040**.
- \_\_\_\_\_. 2006. Constitutional Court. Sentence. **Judgment C-355**.
- \_\_\_\_\_. 2007. Constitutional Court. Sentence. **Judgment C-521**.
- \_\_\_\_\_. 2008. Constitutional Court. Sentence. **Judgment T-760**.
- \_\_\_\_\_. 2009. Constitutional Court. Sentence. **Judgment T-388**.
- INDIA. 2010. High Court of Delhi. Sentence. **Laxmi Mandal v. Deen Dayal Haringer Hospital & Ors Writ Petition**.
- INTER-AMERICAN COMMISSION ON HUMAN RIGHTS (CIDH). 2000. Report No. 66/00. Sentence, 3 October. Case 12.191. **Peru v. Maria Maméríta Mestanza Chávez**.
- \_\_\_\_\_. 2007. Report No. 21/07, Friendly Settlement, 9 March. Case 161.02. **Paulina del Carmen Ramírez Jacinto v. Mexico**.
- \_\_\_\_\_. 2010. Sentence, 26 February. Case PM 43-10. “**Amelia**”, Nicaragua.
- NAÇÕES UNIDAS. 2007. Committee on the Elimination of Discrimination against Women (CEDAW). **Alyne da Silva Pimentel v. Brazil**, UN Doc. CEDAW/C/BRA/CO/6.

## NOTAS

1. O título deste artigo ecoa o do Relatório da Força Tarefa sobre mortalidade infantil e materna no âmbito do Objetivo de Desenvolvimento do Milênio: **Quem Tem o Poder?: Transformando o Sistema de Saúde para o Benefício de Mulheres e Crianças**. Eu me beneficieei do pensamento de tantas colegas neste artigo que seria impossível agradecer a todos eles. Sou especialmente grata a Paul Hunt e Lynn Freedman por suas sugestões sobre a operacionalização da abordagem dos direitos humanos no contexto da saúde materna, a Siri Gloppen, cujas idéias relativas à necessidade de diferentes formas de litígio estão em grande parte refletidas aqui, e a Deborah Maine, que me indicou quais são os tipos de programa que realmente fazem diferença para milhares de mulheres no mundo que correm risco de morrer durante a gravidez e o parto. Todas as visões expressas aqui são pessoais e não necessariamente refletem as da Anistia Internacional ou da Iniciativa Internacional sobre Mortalidade Materna e Direitos Humanos.
2. A morte materna é definida como “a morte de

uma mulher entre o período da gravidez e 42 dias após o parto, independentemente da duração e localização da gravidez, devido a qualquer causa relacionada ou agravada pela gravidez ou seu gerenciamento, mas não por causas acidentais ou incidentais”. Para cada mulher que morre em decorrência de complicações obstétricas, aproximadamente 1 em 30 mulheres sofrem de doenças debilitantes como prolapso uterino e fístula obstétrica. <http://www.unfpa.org/mothers/morbidity.htm>.

3. A obrigação de «respeitar» implica que os Estados não interfiram direta ou indiretamente na fruição do direito à saúde. A obrigação de *proteger*, por sua vez, requer que os Estados tomem medidas para impedir terceiros de interferir nas garantias previstas no artigo 12. Finalmente, a obrigação de *satisfazer* exige que o Estado adote medidas adequadas de natureza legislativas, administrativas, orçamentárias, judiciais, promocionais, entre outras, de modo a garantir a plena realização do direito à saúde (NAÇÕES UNIDAS, 2000, para. 33).

## ABSTRACT

---

Meaningful and equitable progress on reducing maternal mortality and meeting Millennium Development Goal 5 calls for the adoption of a human rights-based approach which emphasizes ‘accountability.’ This article focuses specifically on how to promote accountability for fulfilling the right to maternal health if we seek to transform the discourse of rights into practical health policy and programming tools that can affect development practice—and in turn to transform health systems to better meet women’s maternal health needs.

After briefly discussing the concept and purpose of accountability in the context of fulfilling women’s rights to maternal health, the article then sets out a circle of accountability at the national level that includes: development and implementation of a national plan of action; budgetary analysis; monitoring and evaluation of programs based on appropriate indicators; and mechanisms for redress, as well as facility-level initiatives. In the final section the article addresses donor accountability.

## KEYWORDS

---

Maternal health – Right to health – Rights-based approach (RBA) – Accountability – Millennium Development Goals (MDGs)

## RESUMEN

---

El avance significativo y equitativo en la reducción de la mortalidad materna y el logro del Objetivo 5 de Desarrollo del Milenio requiere la adopción de un enfoque basado en los derechos humanos que ponga énfasis en la rendición de cuentas. El presente artículo se concentra específicamente en cómo promover la rendición de cuentas para la realización del derecho a la salud materna si buscamos transformar el discurso de los derechos en política sanitaria y herramientas programáticas que puedan afectar la práctica del desarrollo, y al mismo tiempo transformar los sistemas de salud para satisfacer mejor las necesidades de las mujeres en términos de la salud materna.

Después de analizar brevemente el concepto y la finalidad de la rendición de cuentas en el contexto de la realización de los derechos de la mujer a la salud materna, el artículo propone un círculo de rendición de cuentas a nivel nacional que incluye el desarrollo e implementación de un plan nacional de acción; análisis presupuestario; monitoreo y evaluación de programas sobre la base de indicadores adecuados; y mecanismos de reparación, como así también iniciativas a nivel de los centros de salud. En la última sección, el artículo aborda la rendición de cuentas de los donantes.

## PALABRAS CLAVE

---

Salud materna – Derecho a la salud – Enfoque basado en los derechos (EBD) – Rendición de cuentas – Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODMs)